



**ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "DOMENICO REA"**  
ISTITUTO PROFESSIONALE PER I SERVIZI ENOGASTRONOMICI E L'OSPITALITÀ ALBERGHIERA  
SERVIZI SOCIO SANITARI: ARTI AUSILIARIE DELLE PROFESSIONI SANITARIE ODONTOTECNICO  
TECNICO AGRARIA, AGROALIMENTARE E AGROINDUSTRIA  
LICEO SCIENZE UMANE – OPZIONE ECONOMICO SOCIALE  
COD. MINISTERIALE: SAIS07700L | COD. FISCALE: 94086160655 | COD. UFF. 8D4EV6  
SITO WEB: [www.istitutosuuperioredomenicorea.edu.it](http://www.istitutosuuperioredomenicorea.edu.it)



## MODULO DI CONSENSO AD UTILIZZARE LO SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

### Progetto "Uno Psicologo al Rea"

#### GENITORI, DOCENTI E PERSONALE ATA

Il Docente/genitore/personale ATA \_\_\_\_\_ dichiara di aver preso visione della circolare n. 145

"Avvio dello sportello d'Ascolto Psicologico" e decide con piena consapevolezza:

- ☐ di avvalersi/potersi avvalere durante l'anno dello Sportello d'Ascolto Psicologico
- ☐ di non avvalersi dello Sportello d'Ascolto Psicologico

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

#### PER ALUNNI MINORENNI

La Sig.ra \_\_\_\_\_ madre (o Tutore) del minore \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n.ro \_\_\_\_\_

e

Il Sig \_\_\_\_\_ padre (o Tutore) del minore \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n.ro \_\_\_\_\_

dichiarano di aver preso visione della circolare n. 145 "Avvio dello sportello d'Ascolto Psicologico" e decidono con piena consapevolezza:

- ☐ di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere allo Sportello di Ascolto Psicologico
- ☐ di non prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere allo Sportello di Ascolto Psicologico

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma madre/tutore \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma padre/tutore \_\_\_\_\_

Per accedere al servizio è necessaria la firma di entrambi i genitori/tutori e copia di un documento di riconoscimento.